

様式第1号（第4条関係）

歌志内市高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

年 月 日

歌志内市長 様

歌志内市高齢者補聴器購入費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

氏 名					
生年月日		年 月 日 (歳)		性 別	男 ・ 女
住 所		歌志内市字			
電話番号					
申 請 額		円			
振 込 先	金融機関名	銀 行		本 店	
		信用金庫		支 店	
		農 協		出 張 所	
	預金種別	普通 当座	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人			

※購入した補聴器の領収書を添付してください。

医 師 の 証 明	氏名_____
	上記の方は、両耳の聴力レベルが 40 デシベル以上であり、補聴器が必要であることを証明します。
	年 月 日
	医療機関 所在地
	名 称 ⑩
	医師氏名
	電話番号